

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



*Una Institución Adventista*

## TESIS

Relación entre calidad de vida y la percepción de apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2017

**Por**

Madeleyne Benavides Carranza

**Asesora**

Dra. Mayela Cajachagua Castro

Lima, febrero 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo MAYELA CAJACHAGUA CASTRO, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: ***“Relación entre calidad de vida y la percepción de apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018”***. constituye la memoria que presenta la bachiller **Madeleyni Benavides Carranza**, para obtener el título profesional de Enfermería, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi asesoría.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 30 días del mes de setiembre de 2019.



Dra. Mayela Cajachagua Castro

"Relación entre calidad de vida y la percepción de apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2017"

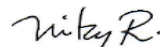
## TESIS

Presentado para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

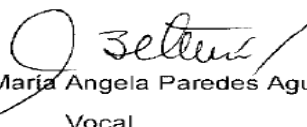
### JURADO CALIFICADOR



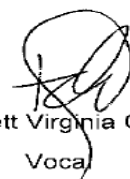
Mg. Francis Gamarra Bernal  
Presidenta



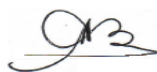
Mg. Nitzy Ramos Flores  
Secretaria



Dra. María Angela Paredes Aguirre  
Vocal



Mg. Janett Virginia Chávez Sosa  
Vocal



Dra. Mayela Cajachagua Castro  
Asesora

Lima, 05 de febrero del 2019

## **Dedicatoria**

A mi familia por brindarme su apoyo desinteresado en el logro de mis metas; a mi esposo Luis Edgar y a mi hija Hellen, quienes son mi inspiración, la fuerza y el deseo de superación constante; a mi madre Flor y a mi padre Oscar por su sacrificio y apoyo.

## **Agradecimientos**

Mi eterna gratitud:

A Dios todo poderoso, por todas las ricas bendiciones que día a día me da y por haberme guiado para lograr este objetivo.

A mi asesora Dra. Mayela Cajachagua, por su guía y estímulo constante.

A mis amigas Jenny y Milca por el gran apoyo brindado.

A los pacientes del programa del control de la tuberculosis del Hospital de “Huaycán”, quienes me apoyaron para la realización del presente estudio.

Al personal de enfermería del Hospital de “Huaycán”, quienes colaboraron con la realización del presente estudio.

## Tabla de contenido

Dedicatoria .....	iii
Agradecimientos.....	v
Tabla de contenido .....	vi
Nomenclatura y/o símbolos usados.....	xi
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiii
Capítulo I.....	9
1. El problema.....	9
1.1. Identificación del problema.....	9
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivos de la investigación.....	13
1.3.1. Objetivo general .....	13
1.3.2. Objetivos específicos .....	13
1.4. Justificación .....	14
1.4.1. Aporte social .....	14
1.4.2. Aporte práctico .....	15
1.4.3. Aporte teórico.....	15
1.4.4. Aporte metodológico. ....	16
1.5. Presuposición filosófica.....	16
Capítulo II.....	17
2. Marco teórico .....	17
2.1. Antecedentes.....	17
2.2. Revisión de la literatura.....	24
2.2.1. Tuberculosis.....	24
2.2.2. Calidad de vida .....	27

2.2.3.	Apoyo social.....	33
2.3.	Definición de términos.....	41
Capítulo III.....		42
3.	Material y métodos.....	42
3.1.	Diseño y tipo de estudio.....	42
3.2.	Descripción del lugar de ejecución.....	42
3.3.	Población y participantes .....	43
3.3.1	Población .....	43
3.3.2.	Participantes .....	43
3.3.	Hipótesis de la investigación .....	44
3.3.1.	Hipótesis general.....	44
3.3.2.	Hipótesis específicas.....	44
3.4.	Identificación de las variables .....	45
3.5.	Operacionalización de las variables .....	46
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	55
3.6.1.	Variable Calidad de vida: Cuestionario de salud SF-36 Health Survey.....	55
3.6.2.	Variable Apoyo social: Cuestionario MOS (Medical Outcomes Study) de apoyo social en Atención Primaria.....	56
3.7.	Método de recolección de datos .....	57
3.8.	Procesos y análisis de datos.....	57
3.9.	Consideraciones éticas .....	58
Capítulo IV .....		59
4.	Resultados y discusión .....	59
4.1.	Resultados.....	59
4.2.	Discusión .....	66
Capítulo V .....		70

5.	Conclusión y recomendaciones .....	70
5.1.	Conclusiones .....	70
5.2.	Recomendaciones .....	71
6.	Referencia bibliográfica.....	72
7.	Anexos.....	80
	Anexo 1: Instrumento de la recolección de datos.....	80
	Anexo 2 Cuestionarios sobre apoyo social .....	85
	Anexo 3 Consentimiento informado .....	88
	Anexo 4 Tablas complementarias.....	89



## Índice de tablas

Tabla 1. Calidad de vida de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018.....	63
Tabla 2. Nivel de apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018.....	64
Tabla 3. Relación entre la calidad de vida y el apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018.....	65
Tabla 4. Relación entre la calidad de vida y la dimensión emocional de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018.....	66
Tabla 5. Relación entre la calidad de vida y la dimensión material de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018.....	67
Tabla 6. Relación entre la calidad de vida y la dimensión relaciones sociales de distracción y ocio de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018.....	68
Tabla 7. Relación entre la calidad de vida y la dimensión apoyo afectivo de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018.....	69
Tabla 8 Dimensiones de la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).....	89
Tabla 9 Dimensiones y significados de los resultados de la variable Calidad de Vida..	90
Tabla 10 Dimensiones y niveles de puntuación de los ítems de la variable Apoyo Social.....	92
Tabla 11 Estadística de fiabilidad de Calidad de Vida.....	92
Tabla 12 Análisis descriptivos de Dimensión Apoyo Emocional de Apoyo Social.....	93
Tabla 13 Análisis Descriptivos de Dimensión Ayuda Material de Apoyo Social.....	93
Tabla 14 Estadística de fiabilidad de Apoyo Social.....	93
Tabla 15 Análisis Descriptivos de Dimensión Relaciones sociales de ocio y distracción.....	94
Tabla 16 Análisis Descriptivos de Dimensión Apoyo Efectivo de Apoyo Social.....	94
Tabla 17 Prueba de normalidad para las variables calidad de vida y apoyo social.....	95

## **Índice de anexos**

Anexo 1: Instrumento de la recolección de datos .....	80
Anexo 2 Cuestionarios sobre apoyo social .....	85
Anexo 3 Consentimiento informado .....	88

### **Nomenclatura y/o símbolos usados**

ESN-PCT	: Estrategia Sanitaria Nacional
TBC	: Tuberculosis
OMS	: Organización Mundial de Salud
OPS	: Organización Panamericana de Salud
MINSA	: Ministerio de Salud
ONU	: Organización de las Naciones Unidas

## **Resumen**

Uno de los graves problemas en Perú, en cuanto a salud se refiere, es la presencia aún no controlada de la tuberculosis en poblaciones vulnerables. Este trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y la percepción de apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2017.

La investigación tuvo diseño no experimental, con enfoque cuantitativo, de tipo correlacional transversal. La zona de estudio es una zona urbana marginal de la ciudad de Lima. La muestra fue conformada por 112 pacientes, la cual se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico. Los mecanismos que se utilizaron para la medición de las variables fueron los siguientes: cuestionario de Salud SF-36 y el cuestionario MOS de Apoyo Social. Los resultados de investigación indican que: La calidad de vida es regular (51.8), bueno (35.7) y malo (12.5). En cuanto al Apoyo Social es bueno (32.1) regular (23.2) y excelente (7.1). El análisis estadístico revela que existe correlación estadística significativa con 0,001 con un  $p < 0,05$ . Conclusiones: Existe relación entre calidad de vida y la impresión de asistencia social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

Palabras clave: Calidad de vida, Apoyo Social, Tuberculosis, (DeCS).

## **Abstract**

One of the serious problems that Peru, in terms of health, is the still uncontrolled presence of Tuberculosis in vulnerable populations. The objective of this research study was to determine the relationship between the quality of life and the perception of social support of the users of the National Tuberculosis Program, at Huaycán Hospital, 2018.

The research had a non-experimental design, with a quantitative approach, of a cross-correlation type. The study area is a marginal urban area of the city of Lima. The sample was formed by 112 patients, which was selected through a non-probabilistic sampling. The instruments that were used to measure the variables were the following: SF-36 Health Questionnaire and the MOS Social Support Questionnaire.

The results obtained indicate that: The quality of life is regular (51.8), good (35.7) and bad (12.5). Regarding Social Support, it is good (32.1) regular (23.2) and excellent (7.1). The statistical analysis reveals that there is significant statistical correlation with 0.001 with a  $p < 0.05$ . Conclusions: There is a relationship between quality of life and the perception of social support of users of the National Tuberculosis Control Program.

Key words: Quality of life, Social Support, Tuberculosis, (DeCS).

## **Capítulo I**

### **1. El problema**

#### **1.1. Identificación del problema**

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad altamente contagiosa y de gran sensación en el estado de bienestar de las personas, es considerada, hasta la actualidad, como un problema de salud pública, debido que trae devastadoras consecuencias no es únicamente en el estado de bienestar física, sino incluso en lo social y económico, por ende, se ve afectado en la calidad de vida.

La TBC, actualmente, sigue siendo un malestar altamente estigmatizada, convirtiéndose incluso en una dificultad de salud pública. Esta enfermedad exige modificar los retorcidos hábitos y calidad de vida que las personas afectadas deben contraponer. Quienes viven con esta enfermedad se ven afectados sobre todo en su salud, de manera que afecta en su calidad de vida, así como en su mayoría por los integrantes de su entorno (Mendoza, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) dio a conocer que la tuberculosis es una enfermedad altamente infecciosa y una de las principales razones de mortalidad a nivel nacional e internacional. Más del 95% de las muertes por la enfermedad de tuberculosis ocurrieron en países con ingresos de recursos bajos y medianos; además, esta dolencia es una de las cinco razones principales de defunción en las mujeres entre los 15 y los 44 años. Se estima que en 2015 fallecieron 1,8 millones de personas a causa

de la tuberculosis, de los cuales 0,4 millones también estaban infectados por el VIH; aunque, la mortalidad por tuberculosis se redujo en un 22% entre 2000 y 2015.

En el plano nacional, el Perú no está excepto de esta enfermedad, es un país con unas de las más prominentes tasas de tuberculosis desde el año 1999, con una tasa de índice de 106 casos por 100 000 habitantes; sin embargo, no se distribuyen homogéneamente, por factores demográficos (migraciones y hacinamiento), factores económicos (desempleo y bajos ingresos familiares) y factores biológicos (resistencia del microorganismo al tratamiento, desnutrición e infección por VIH), entre otros. Las elevadas tasas de permanencia y acontecimiento se observan en la periferia de las ciudades y capitales de la costa donde se encuentra un 52% de la población peruana y afectan mayormente a los adolescentes y adultos mayores (Yagui *et al.*, 2014).

Según el Ministerio de Salud, el Perú no escapa de esta verdad y de acuerdo a la investigación establecida en la Evaluación Nacional de la Estrategia Sanitaria de Salud Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN - PCT), al año se presentan 25 nuevos casos y que, del total de estos, el 60%, se registra en Lima (MINSA, 2013).

La TBC es una enfermedad que afecta tanto la parte física, pudiendo llegar a ser incapacitante en muchos casos, así como también la parte psicológica y social de las personas, ya que son estigmatizados por la sociedad, rehuidos, separados del trabajo, aislados de las reuniones sociales, entre otras actitudes excluyentes. Todo esto causa sufrimiento social y psicológico, al paciente y familia. Este hecho hace que el problema tenga una mayor relevancia, pues se suma a los efectos físicos del mismo. Todos estos

factores causan un impacto desfavorable en la calidad de vida de las personas que experimenta de TBC.

Cruz (2010) menciona que el impacto emocional, al instante de ser comunicados del diagnóstico positivo, es grande. Las aflicciones son: de rechazo, de negación, temor, desacierto, desobediencia y vergüenza, del mismo modo de culpabilidad. Es frecuente la aflicción y la depresión, estando asociada a los factores como: apatía vital, baja autoestima, trastorno del sueño, fatiga, rechazo a sí mismo, culpabilización; por lo tanto, influirá en la adhesión al tratamiento.

Cabe mencionar que la población de pacientes con TBC, en su mayoría, se encuentran en una etapa vulnerable debido a diversos cambios en su estilo de vida; además de las circunstancias personales, familiares y socioeconómicas que cada uno posee. Por tal motivo, el soporte social percibido como el recibido puede tener un efecto amortiguador en el bienestar físico y emocional; ello implica el enfrentamiento a nuevas situaciones, como la discriminación, que puede convertirlo en un ser desacreditado socialmente, sintiendo de esa manera el aislamiento social.

La calidad de vida consiste, según la OMS (2015), en la percepción que tiene una persona en cuanto en la existencia en la dependencia con sus objetivos, sus esperanzas, sus normas y sus angustias, los cuales son influenciados por la salud física, psicológica, nivel de independencia y relaciones sociales. Para los pacientes con TBC, su calidad de vida se ve afectada debido al impacto significativo en los diferentes aspectos de su vida, tales como en las relaciones interpersonales, social y el bienestar físico y emocional.



Por lo tanto, el personal de enfermería que atiende en el servicio de tuberculosis se encuentra con alta relación con las personas durante el proceso de su tratamiento y recuperación y, por ello, contará con la mejor pertinencia de dialogar con dichos pacientes sobre su enfermedad; de esta manera, se contribuirá a reestablecer la calidad de vida de los pacientes con la enfermedad de tuberculosis. Quevedo, Sanchez, Villaba y Velasquez (2015) mencionan que el soporte familiar y social es muy importante en la recuperación del paciente, debido que el paciente estará más confiado y motivado para culminar con su tratamiento y reinsertarse a sociedad.

Es muy importante también señalar que la familia y la sociedad cumplen una función muy importante en la decisión de la calidad de vida de la persona y el soporte social de los pacientes con TBC. Las necesidades de apoyo de la familia aumentan cuando hay un miembro enfermo, de esa manera se requiere la mayor intervención de la familia y de la sociedad.

El Ministerio de Salud (MINSA, 2015) menciona que Lima es el departamento con más acontecimientos y riesgos de tuberculosis que presenta en el país con un 60% y, es el tercer departamento con el porcentaje más elevado; la mayor cantidad de hechos se reúnen en la provincia metropolitana de Lima, y en sus distritos de San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, San Anita y Barranco. Debido a esta problemática se realizó este estudio en el Programa de Control de Tuberculosis (PCT) del Hospital de Huaycán debido a una gran cantidad registrados de casos de pacientes con TBC; actualmente, se registra 208 casos sensibles de tuberculosis y 26 Multidrogo Resistente y 1 Extremadamente Resistente. Al interactuar con los pacientes que acuden

a su tratamiento, refieren sentirse emocionalmente tristes por el poco apoyo de sus familiares y la sociedad; así mismo, se aíslan por temor al rechazo. Se observa, al momento de ingresar, a los pacientes callados, casi no responden al saludo, cabizbajos; en muchos de ellos, se evidencia temor al ser observados. Así mismo, el personal encargado de dicho servicio refiere que algunos pacientes muestran poco interés en el arreglo personal, falta de higiene evidenciado cambios en su calidad de vida. Estas afirmaciones son alarmantes ya que indican una mala calidad de vida y el poco apoyo de la sociedad.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre calidad de vida y la percepción de apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

Los principales objetivos formulados para el estudio son:

### **1.3.1. Objetivo general**

Establecer la relación entre calidad de vida y la apreciación de apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a. Establecer la relación de la dimensión apoyo emocional con la calidad de vida.

- b. Establecer la relación de calidad de vida con la percepción del apoyo social en la dimensión ayuda material.
- c. Establecer la relación entre calidad de vida y la percepción del apoyo social en la dimensión relaciones sociales de ocio y distracción.
- d. Establecer el estilo de vida en los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.
- e. Establecer el apoyo social en los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

#### **1.4. Justificación**

En el Perú, existe una alta permanencia de tuberculosis pulmonar, por lo tanto, es necesario realizar un estudio de investigación, tomando en cuenta que la calidad de vida y la apreciación de asistencia o apoyo de la sociedad de los pacientes con tuberculosis, permite valorar no solamente el aspecto físico, igualmente social y emocional.

El actual trabajo de investigación se justifica por los siguientes aspectos:

##### **1.4.1. Aporte social**

El trabajo de investigación permitirá que las autoridades del Hospital de Huaycán tomen medidas para la implementación de un programa comunitario que a partir de ellos se puedan sugerir e implementar programas que beneficien a los pacientes con tuberculosis como a las personas en riesgo y la importancia de la inclusión en la sociedad de dichos pacientes. Por otro lado, fomentar en la familia y la sociedad la participación

activa para así contribuir a reestablecer la calidad de vida y el soporte social en los pacientes con Tuberculosis.

#### **1.4.2. Aporte práctico**

Los resultados del estudio se harán llegar a las autoridades competentes del Hospital de Huaycán y del Departamento de Enfermería, respectivamente, para que se puedan tomar decisiones que permitan la implementación de planes estratégicos de mejorar la calidad de vida y valorar el apoyo social en los pacientes con tuberculosis. Con los estudios, se pretende fomentar, en el profesional de enfermería extramural a partir de las visitas domiciliarias, seguimiento continuo de los pacientes y talleres educativos que refuercen la promoción y prevención de la enfermedad.

#### **1.4.3. Aporte teórico**

El estudio de investigación tiene un valioso aporte teórico puesto que sistematiza y organiza información relevante sobre la calidad de vida y percepción de la asistencia social de los usuarios del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del Hospital de Huaycán. Esta información permitirá generar nuevas ideas de investigación sobre la calidad de vida y la percepción de asistencia social de los pacientes con tuberculosis, cabe indicar que se constituye en un referente para un futuro trabajo de investigación; además, contribuirá al conocimiento científico de la disciplina a través de un marco teórico estructurado y sistemático que mencione la calidad de vida y el soporte social en los pacientes con tuberculosis. Este trabajo de investigación será adaptado a la realidad

y a la población de estudio. De tal manera, aportará como fuente de referencia confiable y veraz para futuras investigaciones.

#### **1.4.4. Aporte metodológico.**

La base de datos será entregada al Hospital de Huaycán.

### **1.5. Presuposición filosófica**

La Biblia dice (1 corintios 6:19-20) “¿O no sabéis que nuestro cuerpo es santuario del Espíritu Santo, el cual está en ustedes, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? porque habéis sido comprados por precio; glorificad, pues, a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios”. Es por eso la importancia de cuidar nuestra salud si nos descuidamos se verá afectado nuestro cuerpo físico, mental y espiritual; por ende, afectará nuestra calidad de vida.

Una de las enfermedades que menciona la Biblia es la lepra. El libro de Levítico menciona que, según la ley ritual, el leproso era declarado inmundo, y así también quedaba todo lo que llegase a tocar. El aire se contaminaba con el aliento del enfermo, era alejado de sus amigos y parientes, desde lejos, el leproso percibía algunas palabras del Salvador. Cuando eran sanados alaban a Dios, es por eso que nuestra fe debe estar puesta en Dios.

## **Capítulo II**

### **2. Marco Teórico**

#### **2.1. Antecedentes**

A través de la investigación bibliográfica se ubicaron algunas revisiones que guardan relación con el tema de estudio, así como en el ámbito internacional como nacional. Los antecedentes que existen respecto a este estudio son los siguientes:

Olaya (2014), en Bogotá-Colombia, realizó una investigación titulada “Soporte social percibido y calidad de vida de personas con malestar renal crónica sometidas a trasplante renal”. tuvo el objetivo de establecer la relación entre el soporte social percibido y la calidad de vida de la persona con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. Su metodología fue descriptiva correlacional, de corte trasversal. Participaron 210 pacientes y se utilizó el instrumento “Calidad de vida versión paciente”, quien precisa la calidad de vida desde la dimensión social, física, psicológica y espiritual. Los resultados muestran que las peculiaridades socio demográficas de las pacientes, con enfermedad nefrítico crónica sometidas a trasplante renal son, en su mayoría con varones, entre los 18 a 60 años de edad, estado civil casados, estrato socioeconómico, nivel educativo bachillerato, ocupación trabajadores independientes. En cuanto a la calidad de vida se halla variada en las dimensiones de espiritual, psicológica y social; sin embargo, la física

en menor cantidad. En la asistencia social percibido, el puntaje alto se identifica en la dimensión, interacción social, y en la dimensión interacción personal un puntaje bajo. Su conclusión fue que al implantar la relación entre la calidad de vida y asistencia social en los pacientes con enfermedad nefrítico crónica sometidas a trasplante renal, donde se acepta la hipótesis nula de que no existe relación estadísticamente elocuente entre las dos variables.

Caiza (2013) realizó un trabajo de investigación, en Ecuador, titulado “Valoración de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en la zona de salud nº9 (distrito metropolitano de Quito) durante los meses de mayo y junio del 2015”. Tuvo el propósito de evaluar el nivel de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y reconocer las situaciones del nivel de calidad de vida en personas de la Zona de Salud Nº 9 (Distrito Metropolitano de Quito). Su metodología fue analítico observacional; fueron 43 pacientes con tuberculosis pulmonar y 86 controles sin TBC pulmonar que acudieron a consulta externa. Se utilizó un cuestionario personalizado donde contenía datos socio-demográficos, factores de riesgo distinguidos para TBC y datos concernientes con dicha enfermedad como historia de tratamiento anterior, esquema y fase de procedimiento. Se utilizó el cuestionario SF 36 en español. Los resultados fueron que los pacientes con TBC pulmonar presentan baja calidad vida en comparación con el grupo de control. La dimensión más afectada fue la Función Física y las menos afectadas ha sido Dolor Corporal y Vitalidad. Asimismo, se halló como causas condicionantes de la calidad de vida asimismo de la TBC, el estado civil, el desempleo, la pobreza y tener alguna comorbilidad, todos con relaciones

estadísticamente significativas, en la fase de tratamiento que siguen las personas con ese mal, el esquema de tratamiento con la historia de tratamiento anterior y el no son elementos determinantes de la baja Calidad de Vida del paciente. Las conclusiones fueron que la TBC es uno de los determinantes más significativos del deterioro de la calidad de vida.

Mendoza (2017) realizó un estudio, en Carabayllo – Perú, titulado “Apoyo social percibido calidad de vida en pacientes con infectocontagiosa MDR del centro materno infantil el Progreso Carabayllo”. Su objetivo fue determinar la asociación de la asistencia social percibida y la calidad de vida en los pacientes con enfermedad de tuberculosis MDR del C.M.I. El Progreso. Su metodología fue de enfoque cuantitativo, correlacional, donde su diseño fue no experimental y transversal; la muestra ha sido formado por 30 pacientes con tuberculosis; los cuestionarios que fueron utilizados para la medición de las variables han sido Cuestionario de Salud SF-36 y Cuestionario MOS de Apoyo Social. El estudio de investigación revela un coeficiente de correlación de Rho de Spearman de  $p: 0.991$ , que no existe relación entre la asistencia social y la calidad de vida, llegando a la conclusión que las personas con tuberculosis o infectocontagiosa MDR del C.M.I. El Progreso, en su mayoría, presenta una asistencia social percibida media y normal de un nivel de calidad de vida.

Loayza (2016) realizó un estudio, en Perú, sobre “Percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el centro de salud El Agustino”. Su objetivo principal fue establecer la calidad de vida de los personas con tuberculosis pulmonar en segunda fase de procedimiento sobre



antituberculoso en el Centro de Salud El Agustino considerando sus dos componentes físico y mental. Su metodología fue descriptivo y prospectivo, donde fueron 80 personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en la segunda fase del tratamiento del Centro de Salud el Agustino. Se empleó un cuestionario SF-36 y una ficha de recolección de datos. Las apreciaciones superiores o inferiores a 50 muestran mejor o peor estado de salud. Los resultados obtenidos fueron que la edad promedio de los participantes fue 38 años, habiendo más común el sexo masculino (56.25%). En el elemento físico de la calidad de vida la dolencia corporal, hubo el mayor puntaje (89.2), mientras el puntaje malo (23.05) en la salud general. En el elemento mental de las cinco dimensiones alcanzaron un puntaje positivo, habiendo la función emocional donde obtuvo el mayor puntaje con 72. Se concluye que donde hubo calidad de vida en personas con tratamiento antituberculoso, los resultados fueron bueno, en relación a las dimensiones específicas la apreciación de la salud fue baja.

Quevedo, Sanchez, Villaba & Velasquez (2015) realizaron un estudio, en Lima – Perú, denominado “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud”. Su objetivo fue establecer la relación del ayuda familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de a las personas con la enfermedad Tuberculosis Pulmonar. Su diseño metodológico que fue utilizada es de tipo descriptivo de corte transversal, correlacional, y la población de estudio fue conformada por 52 personas inscritos en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis en los Centros de Salud: San Juan de Amancaes y Flor de Amancaes; del mismo modo, se utilizó dos cuestionarios validados y aprobados

por los juicios de expertos, así como instrumentos que midieron el asistencia familiar y social en el procedimiento del tratamiento antituberculoso. El resultado obtenido fue de 81,8% de las personas que percibieron nivel alto de asistencia familiar y social donde presentaron procedimiento del tratamiento, mientras que un 36.4%, que percibieron un nivel bajo de asistencia familiar y social donde presentaron cumplimiento del tratamiento. La diferencia obtenida de los resultados estadísticamente es elocuentemente ( $p=0,034$ ), mientras tanto un 59.6% de las personas o pacientes efectúan con el procedimiento de tratamiento, y un 40,4% no cumplen con él tratamiento. en el trabajo de investigación concluyeron que la asistencia familiar y social es un eje de vital fundamental en la recuperación de la persona con dolencia, puesto que la persona se siente más seguro de sí mismo y motivado con el desarrollo continuo a culminar con su tratamiento para recuperarse lo más pronto posible y reincorporarse a la sociedad.

Cordoba (2015) realizó la investigación, en Juliaca- Perú, “Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana”. Su objetivo fue implantar la relación entre los niveles de depresión y asistencia social que presentan las personas del programa de tuberculosis de la Micro Red Santa Adriana de la ciudad de Juliaca. Siendo el diseño metodológico no experimental, de corte transversal de tipo correlacional; así mismo, se realizó un muestreo no probabilístico con una perspectiva de inclusión y exclusión, con una muestra de 31 pacientes del Programa Nacional de Tuberculosis. El dispositivo que se utilizó es la Escala de Soporte Social MSPSS, que conforman de 12 ítems, separados en dos dimensiones como (soporte de amigos y soporte familiar), y el Inventario de Depresión de Beck así como consta de 21

reactivos. Los resultados obtenidos muestran que el 32.3% de los pacientes muestran depresión inapreciable o está ausente, entre tanto el 29.0% muestra depresión ligera, donde el 25.8% presenta depresión módica, mientras que el 12.9% muestra una depresión severa. El 51.6% presenta asistencia social moderado, el 29.0% presenta un nivel bajo de asistencia social. La correlación de Pearson evidencia las correlaciones indirectas y significativas entre las variables y sus dimensiones. Conclusión que el 33% y 29% de los personas o pacientes con enfermedad de tuberculosis muestran un nivel de depresión mínima y ligera respectivamente, el 51.6% muestran un nivel de asistencia social moderado; con 5% de significancia donde existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de asistencia social y depresión en las personas con tuberculosis atendidos en la Micro Red santa Adriana de la ciudad de Juliaca.

Chávez (2013) realizó una investigación en Lima – Perú, con el principal objetivo de “Determinar la relación entre el nivel de apoyo familiar en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la Consulta Externa del Servicio de Endocrinología del HNGAI”, su trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo correlacional, de corte transversal, donde se emplea una muestra de 142 personas con diagnóstico de DM tipo 2, de igual modo para la recolectar datos se emplearon dos instrumentos consolidados en uno solo; la calidad de vida de la persona se calculó utilizando los cuestionarios de Salud SF – 36 y MOS de asistencia Social percibido para medir el nivel de soporte familiar. Los resultados obtenidos revelan donde la mayoría de las personas se encontró con diabetes Mellitus tipo 2 y muestra un nivel de calidad de vida de regular (35.2%) a malo (30.28%); del mismo modo, muestra

asistencia familiar de bueno (35.9%) a excelente (22.5%) y, por último, el nivel de calidad de vida según las veces de la asistencia familiar es bueno (51.3%), por lo que se evidencia que la asistencia familiar interviene evidentemente en la calidad de vida del paciente con DM tipo 2. Finalmente, la investigación se concluyó que existe relación entre la asistencia familiar y la calidad de vida, excepto en la dimensión actividad física y transmisión de la salud que no tienen relación con la asistencia familiar en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Espinoza & Olivera (2012) realizaron el trabajo de investigación, en Chimbote – Perú, “Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del centro de salud El Progreso”. Su objetivo principal fue descubrir la relación entre el nivel de autoestima, asistencia social y la culminación del tratamiento farmacológico antituberculoso en pacientes del Centro de Salud El Progreso; así mismo, los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos: Cuestionario de Apoyo Social, Escala de valoración de autoestima, Ficha de control sobre culminación del procedimiento farmacológico antituberculoso; el procedimiento de análisis de datos se realizó con el software SSPS versión 20. Así mismo, el análisis fue a través de la prueba estadística Chi cuadrado. El resultado obtenido fue el siguiente: puesto que el 66.7% de las personas con tuberculosis cumple con el tratamiento farmacológico antituberculoso, entre tanto el 33.3% no cumple de modo que existe relación expresivamente entre el nivel de autoestima y la culminación del procedimiento a base de fármaco antituberculoso ( $p= 0,0221$ ); existe relación significativa en gran medida entre el asistencia social y la culminación del tratamiento

farmacológico antituberculoso ( $p= 0,0013$ ). Así mismo, en su trabajo de estudio se llega a la conclusión, puesto que el 66.7% de las personas con tuberculosis acatan con el tratamiento farmacológico anti tuberculosis, mientras el 33.3% no acatan por consiguiente existe relación reveladora entre la asistencia social y la culminación del tratamiento farmacológico antituberculoso.

## **2.2.Revisión de la literatura**

### **2.2.1. Tuberculosis**

#### *2.2.1.1. Definición*

Según la OMS (2016), la tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar principalmente a los pulmones y también puede afectar a otros órganos es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Por otro lado, Moran & Lazo, (2001) indican que la tuberculosis es una infección producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. Se establece por presentar una etapa de latencia prolongado entre la infección inicial y las manifestaciones clínicas en el que predomina la neumopatía y una respuesta granulomatosa con inflamación y lesión de los tejidos.

#### *2.2.1.2. Mecanismo de transmisión*

Así mismo, el MINSA (2016) indica que el factor principal de transmisión para el causante de casi la totalidad de las infecciones es a través de la vía aérea. Así como al hablar, cantar, reír, estornudar, escupir y, sobre todo, al toser, se expulsan diminutas gotas de saliva donde contienen bacilos, las más grandes debido a su peso que

precipitan o impactan en la vía respiratoria superior, por ende, no son contagiosas. En cambio, también se integran otras microgotas de volumen entre 5 y 10  $\mu\text{m}$ , llamadas como gotitas de Pflüger, que llegan a las vías respiratorias inferiores y que, debido a la vaporización de su contenido de agua, generan las denominadas partículas de Wells, de un volumen entre 1 y 5  $\mu\text{m}$ ; estas son en realidad infecciosas, ya que alcanzan a situarse en los alvéolos pulmonares llevando una carga entre 1 a 5 bacilos por micro gotas. Cuando la exposición es prolongada (contactos intrafamiliares y cercanos), esta aparente insignificante cantidad es la causante de una nueva infección o reinfección.

Los bacilos tuberculosos son transmitidos a través de las gotitas de Pflügger, desde un paciente enfermo hacia los demás, donde son capturados por los macrófagos alveolares y conducidos a los ganglios Miliare pulmonares, desde en que pueden diseminarse por vía hematógica determinando "bacilemias silenciosas", que los siembran en los distintos parénquimas (Farga, 2008).

#### *2.2.1.3. Manifestaciones clínicas para el diagnóstico*

El síntoma más frecuente de la enfermedad de tuberculosis pulmonar es la tos. Al inicio, la tos puede ser no productiva, sin embargo, la enfermedad progresa sin tratamiento donde se transforma en productiva, con expectoración hemoptisis, en cambio el flujo solo se observa en la enfermedad cavitaria extensa. Mientras se afecta el tejido pulmonar próximo a la pleura, manifestará dolencia torácica de tipo pleurítico. Esa dolencia suele ser sutil y agravia con la respiración intensa o con la tos. Los pacientes con enfermedad prolongado muestran síntomas sistémicos, así como por ejemplo fiebre,

sudores nocturnos, malestar general, merma de peso, anorexia y fatiga (Pérez & Miranda, 2012).

#### *2.2.1.4. Tipos de Tuberculosis según localización*

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2013), los casos de tuberculosis se describen a continuación.

##### *2.2.1.4.1. Tuberculosis pulmonar*

Paciente que se diagnostica con tuberculosis comprometiendo al pulmón con o sin confirmación bacteriológica (baciloscopia, cultivo).

##### *2.2.1.4.2. Tuberculosis extra-pulmonar.*

Es la persona a quien se le determina tuberculosis en otros órganos diferentes a los pulmones, mediante el diagnóstico a través en un cultivo, prueba molecular positiva.

#### *2.2.1.5. Tratamiento de la tuberculosis.*

En el Perú, el Programa Nacional de Control de Tuberculosis indica que el tratamiento es directamente observado por el personal encargado. Consiste en un tratamiento que dura aproximadamente seis u ocho meses, y son los siguientes medicamentos antituberculosos: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol y Estreptomicina.

#### 2.2.1.5.1. *Objetivos del tratamiento de la tuberculosis*

Los objetivos son:

- a. Suspender la secuencia de propagación de la enfermedad con las personas que se encuentran alrededor.
- b. Alentar a continuar en su tratamiento.
- c. Prevenir ciertas complicaciones para evitar las muertes.

#### 2.2.1.5.2. *Fases del tratamiento farmacológico de la tuberculosis*

El tratamiento farmacológico consiste en dos fases:

- a. Primera fase: tiene una duración aproximadamente 2 o 3 meses, en la cual los medicamentos se administrarán diariamente.
- b. Segunda fase: la duración es de cuatro a cinco meses aproximadamente, en la que los medicamentos se administrarán tres veces al día a la semana.

### **2.2.2. Calidad de vida**

#### 2.2.2.1. *Definición*

Conceptualmente, la calidad de vida hace referencia al grado de nivel de satisfacción que tiene cada individuo con respecto a su salud física, estado emocional, familiar, social, tal como el sentido que le proporciona a su vida cotidiana, entre otras cosas. La aparición del concepto calidad de vida es relativamente reciente y se define como la satisfacción personal y controlada por la escala de valores, pretensiones y posibilidades individuales,



mediante la combinación de componentes objetivos y subjetivos de dichas condiciones vitales (Caiza, 2015).

Kaplan (1983), citado por Davila (2010), define a la calidad de vida en términos de lazos permanentes que desempeñan un papel muy importante en la incorporación psicológica y física de una persona, representando a los factores existentes en el ambiente y que inicia el curso favorable de la enfermedad. Beigel, Naparstek & Khan (1980) mencionan que los individuos se encuentran dentro de un conjunto de relaciones sociales y estas se vuelven el apoyo importante en situaciones de crisis en la vida general.

Así mismo, Palomba (2002) menciona que la definición de calidad de vida es un vocablo con varias dimensiones que significa tener buenas condiciones de vida “objetivas”, un alto grado de bienestar “subjetivas”, así mismo también incluye la satisfacción colectiva de los requerimientos por medio de políticas sociales en adición a la complacencia individual de requerimientos. De modo tal se puede definir a la calidad de vida como un grado de satisfacción de la persona en base al cumplimiento de sus necesidades básicas que incluyen el área económica, estatus social y la salud integral de las personas en general.

Desde otra perspectiva, Aristizábal & García (2013) refieren que la calidad de vida en conceptos generales es el bienestar y satisfacción de una persona, que le brinda cierta capacidad de actuación, funcionamiento o percepción positiva de su vida. Su percepción es muy subjetiva, ya que su personalidad es influenciada directamente por el ambiente donde vive y se evoluciona la persona.

#### *2.2.2.2. Dimensiones de calidad de vida*

Chávez (2013) enfatiza que la mayoría de expertos ven la calidad de vida como una estructura multidimensional que permite definir de modo operativo, el concepto de calidad de vida, es claro que la calidad de vida es una elemento eminentemente humana donde se relaciona con el grado de complacencia que tiene la persona con su postura física, su estado emocional, su vida familiar, social, así como en su vida diario.

Según la enciclopedia Libre Universal en español (2006), las dimensiones de la calidad de vida se definen de la siguiente manera:

##### *2.2.2.2.1. Dimensión física*

Esta dimensión la captación del estado físico, de la capacidad para realizar las actividades cotidianas, lograr un buen funcionamiento pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal, mantener una nutrición adecuada y una cantidad apropiada de grasa corporal.

##### *2.2.2.2.2. Dimensión psicológica*

Es la impresión que tiene la persona de su estado cognitivo y afectivo. Es también la capacidad de controlar el estrés y expresar las emociones apropiadamente. Este bienestar emocional implica la capacidad de reconocer, aceptar y expresar los sentimientos, y de aceptar las propias limitaciones.

#### 2.2.2.2.3. *Dimensión social*

Dimensión social, es donde la persona tiene la percepción de su interacción con otras personas. Se incluye el soporte social percibido, funcionamiento familiar, desempeño laboral.

Así mismo, se puede tener en consideración para la valoración de la calidad de vida otros aspectos como preocupaciones espirituales o existenciales y la satisfacción en la relación personal-paciente.

#### 2.2.2.3. *Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)*

Una enfermedad, como la TBC, afecta la calidad de vida de los pacientes el cual la padecen y por ende se verá afecta su trabajo, además sus relaciones interpersonales.

Existen aproximaciones a la definición de calidad de vida así como de los elementos que engloba el concepto, los principales aportes teóricos en la temática han demostrado que existe una relación muy importante entre la enfermedad, salud y calidad de vida, de acuerdo con (Aristizábal & García, 2013).

La calidad de vida en un paciente con TBC representa un impacto que una enfermedad y su tratamiento tiene sobre su percepción de bienestar. Caiza (2013) menciona que la (CVRS) es la valoración o apreciación que ejecuta una persona, conforme de su punto de vista de su situación físico, emocional y social de manera que se encuentra en un coyuntura dado e indica el grado de complacencia con una situación personal a nivel fisiológico, emocional así como social.

#### 2.2.2.3.1. *Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud*

Dickey & Wagener (1966), citado por Schwartzmann (2003), propusieron cambiar el enfoque objetivo por el subjetivo, hacia el enfoque “informativo”. Así mismo, los autores creen facilitar igual interés a la inspección de la enfermedad hecha por el médico, así como el reporte de la persona acerca de su enfermedad y a la impresión de la familia sobre la carga que la situación implica.

Existen experiencias de medición de la calidad de vida uno de ellos es el Cuestionario o pregunta de Salud SF-36, versión española de SF-36 Health Survey 1996, 2000 adaptada por (Alonso & Cols, 2003) al igual que menciona las siguientes definiciones.

##### a. Función física

Grado en que la persona se limita de las actividades físicas, así como el autocuidado, caminar, subir escaleras, incluidos los esfuerzos moderados e intensos.

##### b. Rol físico

Grado en que la salud interfiere con en el trabajo y otras actividades cotidianas, produciendo como consecuencia un bajo rendimiento del acostumbrado, la limitación en el tipo a realizar.

##### c. Dolor corporal

Es el grado de intensidad del dolor y su bajo rendimiento en el trabajo u otras labores cotidianas.

d. Salud general

Es la valoración del personal encargado que incluye tanto la salud actual de los pacientes y las perspectivas de salud en el futuro.

e. Rol emocional

Se refiere a los problemas emocionales que puedan interferir en el trabajo y en otras actividades cotidianas que afectan la salud del paciente.

f. Vitalidad

Grado de sentimiento en cuanto a la energía y vitalidad, frente al sentimiento de decaimiento. Equivalente de salud y asimismo de eficiencia, creatividad y satisfacción.

g. Salud mental

Se refiere a la salud mental por lo general la ansiedad, la depresión, el control de la conducta, así como emocional que puedan enfrentar cada individuo.

h. Función social

Los problemas de salud física o mental interfieren en la vida social, fue la segunda dimensión mejor calificada de las que componen el SF-36.

2.2.2.3.2. *Calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas*

La TBC es una enfermedad crónica, por la cual la calidad de vida se ve afectada; es por ello que debemos prevenir en la técnica del tratamiento de las malestares. En consecuencia, los pacientes con enfermedad crónica necesitan exámenes continuos en

relación a la mejoría de su situación eficaz y de su calidad de vida. Una cercanía válida para su comprobación se basa en el manejo de cuestionarios, de manera que ayudan a calcular en forma efectiva la incertidumbre de salud (Velarde & Avia, 2002).

#### *2.2.2.3.3. Calidad de vida de los pacientes con tuberculosis*

La calidad de vida en los pacientes con TBC es la valoración subjetiva que tiene en relación con su estado de salud, compuesta por el bienestar físico considerando como la capacidad de realizar sus actividades cotidianas.

Los pacientes que padecen TBC requieren atención del profesional de enfermería continua, además de una adecuada educación para mejorar su enfermedad; así mismo, prevenir y controlar complicaciones agudas y disminuir el riesgo de complicaciones crónicas. Sin embargo, en lo que corresponde a mantener o incrementar la calidad de vida, son muchas las dificultades que se enfrentan y es una responsabilidad compartida entre el profesional de salud el paciente, la familia y el apoyo social.

Los pacientes con TBC no solo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento sino también a las posibles complicaciones de la enfermedad, de esa manera complicando su calidad de vida.

### **2.2.3. Apoyo social**

#### *2.2.3.1. Definición*

Espinoza & Olivera (2012) afirman que es un intercambio entre dos o más individuos, con el objetivo de ayudar a incrementar el bienestar de la persona afectada, en donde se

da una implicación emocional una asistencia instrumental, información o evaluación intervenida por la familia, y la población que la rodea. Por esta razón, refuerza el sentido de valía y ser estimado del individuo, al descubrirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social.

El apoyo social y familiar es considerado como factores determinantes en las conductas adherentes al tratamiento para la tuberculosis. La comunicación entre la familia y el enfermo puede tener una influencia positiva como negativa sobre el proceso de recuperación. Se debe destacar que la familia es el principal apoyo; así mismo, el apoyo social con que cuenta el paciente con TBC para afrontar con éxito los problemas ocasionados por esta enfermedad, considerando que la familia se convierte en el cuidador primario del enfermo, aportando el máximo apoyo afectivo y emocional.

Es importante que el entorno afectivo y social, como son los miembros de la familia o parientes, amigos y vecinos que lo rodean a la persona enferma influye sobre las decisiones positivas o negativas que el paciente tomaría con respecto al cumplimiento o abandono del tratamiento de la TBC. El personal de enfermería se encuentra con mayor contacto con el paciente durante el tratamiento de dicha enfermedad. Al respecto, Quispe (2011) menciona que en absoluto las actividades que efectúa el profesional de enfermería con el propósito de incluir a la persona en las relaciones sociales y familiares como integrante del procedimiento para la recuperación de la salud.

### *2.2.3.2. Dimensiones del Apoyo Familiar*

Existen experiencias de medición del nivel de asistencia de la familia en el cuidado, uno de ellos es el Cuestionario de MOSS – SSS, Versión del Medical Outcome Study (1991), que considera las siguientes dimensiones:

#### *2.2.3.2.1. Apoyo emocional.*

El apoyo emocional ante la enfermedad representa el sentimiento personal hacia el ser amado, y la seguridad de confianza en alguien. Cordoba (2016) afirma que aquellas particularidades de la organización del trabajo que afectan la salud del individuo. Se consideran conexiones que se dan entre la persona que nos rodean, así es evidente que ejerce una clara influencia sobre hombres y mujeres.

El apoyo emocional son intercambios que connotan una actitud emocional, positiva, así como la afición, afinidad, estímulo y soporte; es el poder contar con la repercusión emocional y la buena voluntad de la otra persona: es el tipo de función peculiaridad de las amistades íntimas que influyen y las relaciones familiares cercanas con un nivel bajo de ambivalencia (Cruz, 2010).

#### *2.2.3.2.2. Apoyo afectivo.*

Involucra la calidad familiar, que provee de sensación de bienestar y apoyo a la persona enferma, lo cual facilita el manteniendo del soporte emocional, satisfaciendo así sus necesidades afectivas.



La asistencia o el soporte en la persona se comprenden como un tipo de ayuda, a través de la comunicación, donde complace requerimientos sentimentales y de adhesión (compartiendo sus sentimientos, sintiéndose apreciado, estimado y reconocido por los demás). En el momento en que las personas tienen en cuenta que otro les ofrece apoyo se ocupan a buscarlo y a conservar una relación interpersonal que lo favorece y lo fomenta. La asistencia personal muestra la posibilidad de contar con personas el cual puede referirles problemas, situaciones conflictivas o argumentos que demanda comprensión y apoyo (Vega, 2011).

#### *2.2.3.2.3. Relaciones sociales de ocio y distracción.*

El apoyo social en el proceso de búsqueda de ayuda representa un importe muy útil hacia la persona necesitada, haciendo de referencia a los recursos, logrando relacionarse con la familia y la sociedad.

#### *2.2.3.2.4. Apoyo social comunitario y familiar*

El concepto de apoyo o asistencia social ha ocupado un lugar muy importante en la indagación de los específicos sociales de la salud y la comodidad de las personas, y está estrechamente vinculado al ámbito de la intervención comunitaria. No obstante, el estudio de las comunidades como fuente de apoyo social ha sido un aspecto descuidado en la literatura, lo cual el vital interés se ha dirigido al estudio de la percepción de apoyo en las relaciones íntimas y de confianza y sus efectos en bienestar y la salud, sin embargo, el intercambio social con los miembros y organizaciones de la sociedad conforma una potencial fuente de soporte para las personas. A partir de estas

vinculaciones, no solo se pueden obtener valiosos recursos, información y soporte, de la misma manera se deriva un sentimiento de pertenencia y de integración a una sociedad más extensa con importantes repercusiones para el bienestar individual y social, Cohen *et al.* (citado por Gracia & Herrero, 2006).

#### *2.2.3.3. La percepción en salud*

Sacchi, Hausberg & Pereyra (2007) refieren que los diferentes conjuntos sociales prestan atención distinta a los transcurso mórbidos de acuerdo con su propia relación con el cuerpo. La sensación del dolor o de un malestar está atravesada por una sucesión de orígenes que tienen que ver con condicionantes estructurales, sino también con la pertinente experiencia de vida y se registra dentro de la sucesión general de percepción. Este proceso es obligatoriamente selectivo, por lo tanto, puede cotejarse a la mirada en un espejo por ello se refleja una imagen que no es la verdad en sí misma. En ese "espejo" la imagen puede ampliarse, reducir, iluminar o nublar, dependiendo de cómo nos situemos para en la mira en el espejo. De mismo modo, la percepción individual tiene de la realidad, donde se genera de la manera y al lugar/situación desde donde se mire.

Una de los principales métodos que se ha delegado del análisis de la impresión ha sido la psicología y, en expresiones comunes, representativamente este campo ha puntualizado a la percepción como el proceso cognoscitivo de la conciencia que consta en el reconocimiento, interpretación y el aceptación para la preparación de juicios en torno a las percepciones conseguidas del ambiente físico y social, donde participan otros

procesos psíquicos en medio de los que se hallan el estudio, la memoria y la clasificación (Vargas, 1994).

Según Gestalt, citado por Oviedo (2004), de ningún modo está sometida a la información procedentes de los órganos sensitivos, más bien es la encargada de regular y articular la sensorialidad. El hecho de recibir de manera indiferente datos de la realidad involucraría una constante incertidumbre en el sujeto, quien tendría que estar disuadido sobre el enorme volumen de incitaciones que ofrece la conexión con el ambiente.

#### *2.2.3.3.1. Percepción del enfermo crónico sobre apoyo social*

Estar al tanto a la percepción del asistencia social práctico que tiene el cuidador, en el cual permite reconocer los aspectos negativos que estos perciben en el atención a largo plazo de una malestar crónica, programado la necesidad de que la enfermería asuma un papel protagónico en la realización de unos planes asistenciales y educativos que previenen y capacitan a los cuidadores en su labor que su nueva situación les plantea, y en la progreso de la calidad de vida no únicamente de los familiares bajo su compromiso sino también de sí mismos (Vega, 2011).

#### *2.2.3.3.2. Características de la percepción*

La impresión es resultado de la condición subjetiva de la persona que no puede distinguir todo a la vez y escoger su amplio conceptual en función de lo que desea percibir.

Según Quevedo (1994), citado por Cruz (2010), la impresión de este sujeto es selectiva, subjetiva y temporal. Es subjetiva, puesto que las reacciones a una misma incitación cambian de un sujeto a otro.

Es temporal, ya que es un periodo a corto plazo es la forma en que las personas llevan a cabo el proceso de percepción que se acumulan las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones.

La presente investigación se apoyó en los aportes teóricos de las siguientes teorías.

#### *2.2.3.4. Teoría de enfermería que sustenta el trabajo*

##### *2.2.3.4.1. Teoría de auto cuidado: Dorotea Orem*

La teoría del auto cuidado que describe por qué y el cómo la persona se cuida de sí misma. Es una conducta que existe en situaciones de la vida dirigida por las personas sobre ellas mismas, y también hacia los demás y su entorno familiar y social, para regular las circunstancias que causan a su propio desempeño y rendimiento en cuanto a su vida, salud o bienestar social.

Dorotea Orem define al autocuidado como ayudar a la persona a mantener su auto asistencia para preservar la salud y la vida, del mismo modo sobreponerse de la enfermedad y hacer frente los resultados de dicha enfermedad (Leon, 2007).

Es importante esta teoría, pues permite definir los cuidados de enfermería con la finalidad de ayudar a los pacientes a conservar su autocuidado para así mejorar la salud

y la vida, permitiendo la recuperación de la enfermedad, esta teoría aborda al individuo de manera holística.

#### *2.2.3.5. Modelo de promoción de la salud*

Método Epidemiológico y Modelo de Promoción de la Salud (MPS) por Nola Pender, autora del Modelo MPS, especificó donde la motivación de la conducta por el deseo de alcanzar es el bienestar y el potencial humano. así mismo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propio salud con la creación del este modelo que dieran respuestas favorables (Aristizábal, Blanco, Sanchez & Ostiguín, 2011).

Esta teoría identifica al individuo factores cognitivos, lo cual da como resultado la participación activa para favorecer el bienestar de la persona. El modelo (MPS) de Nola Pender nos permite suplir los métodos de enfermería en los comportamientos de salud de las personas. La teoría se constituye en una guía que permite observar y explorar los procesos sociales, que son modelos a seguir del individuo, de esa manera optimizar el bienestar y la calidad de vida a nivel de la salud.

#### *2.2.3.6. Teoría de Hidegard Peplau*

La esencia del Modelo de Peplau, constituido de manera transcurso, donde la comunicación humana entre “un individuo enfermo, o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda”. El modelo teórico humanista se inscribe en el ejemplo de la integración; es decir, orienta al profesional de salud a reconocer en cada persona su mecanismo biológico,

social, cultural, psicológico y espiritual y dirige el cuidado a sus, físico, social y mental (Puga, C., Caamal, R. Guillen L., 2015).

Es así, como Hidegard Peplau menciona que una enfermera está en condiciones de apoyar al enfermo en todas sus dimensiones, debido a que el paciente con tuberculosis tiene una baja calidad de vida, por lo tanto, su entorno familiar y social debemos ayudar, con el objetivo de la recuperación del paciente.

### **2.3. Definición de términos**

**Tuberculosis:** La Tuberculosis es una enfermedad altamente infecciosa que afecta principalmente los pulmones y también otros órganos del cuerpo y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*) (OMS, 2016).

**Calidad de vida:** Es la satisfacción personal que el individuo puede experimentar y ponderada a través de la escala de valores, aspiraciones y expectativas, mediante la combinación de componentes objetivos y subjetivos (Caiza, 2015).

**Apoyo social:** Es la satisfacción personal en cuanto su experiencia en el apoyo social y aspiraciones y expectativas individuales, mediante la combinación de componentes objetivos y subjetivos Espinoza & Olivera (2012)

## **Capítulo III**

### **3. Materiales y métodos**

#### **3.1. Diseño y tipo de estudio**

La investigación es un trabajo cuantitativo, puesto que nos permite analizar y medir las variables. Es de carácter no experimental, ya que se ejecuta sin maniobrar deliberadamente las variables; es de tipo correlacional, porque permite examinar entre dos variables que existe el tipo de relación: calidad de vida y percepción de apoyo social. Es de corte transversal, ya que se levantaron, los datos, en un lapso de tiempo establecido (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010).

#### **3.2. Descripción del lugar de ejecución**

El lugar de la ejecución fue el hospital de Huaycán, ubicado en la Avenida José Carlos Mariátegui s/n Zona “B” Huaycán, Ate Vitarte del departamento de Lima. El hospital pertenece al Ministerio de Salud y es de Baja complejidad. La localidad de Huaycán limita por el norte con el río Rímac, por el sur con Cieneguilla, por el este con Chaclacayo y por el Oeste con Santa clara.

El hospital de Huaycán tiene como estrategia sanitaria nacional la prevención y control de tuberculosis; así mismo, cuenta con 208 pacientes que reciben tratamiento y 26 pacientes con MDR, desde enero de 2017.

Suelo y topografía: La zona de Huaycán se describe como una quebrada amplia con pendiente ligera, en su parte baja y media, y más pronunciada en el sector alto.

Sector bajo: De relieve regular de escaso pendiente que se extiende hacia el valle del Rímac Nor- Este y constituye el llamado cono de eyección común; se ubican las zonas: A, B, C, Lúcumo, Villa Hermosa, Pariachi y Portales de Huaycán.

Sector medio: Con el relieve dependiente media y presencia de varias colinas pequeñas y quebrada en forma de causes sobre las cuales se sitúan en las zonas de D, E, F, G y parte de las zonas B y C.

### **3.3. Población y participantes**

#### **3.3.1 Población**

El trabajo de investigación fue aplicado en el Hospital de Huaycán, que cuentan con una población total de 208 pacientes que participan en el Programa Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT) y 26 pacientes con MDR, estos pacientes son atendidos de lunes a sábado por los profesionales de enfermería de dicho establecimiento.

#### **3.3.2. Participantes**

La muestra estuvo conformada por 112 pacientes del Hospital de Huaycan, que fueron elegidos por muestreo no probabilístico y por conveniencia, los cuales se consideró los criterios de inclusión y exclusión.



#### *3.3.2.1. Criterios de inclusión*

- a. Usuarios mayores de 15 años.
- b. Usuarios con Dx de tuberculosis pulmonar perteneciente al programa de control de tuberculosis.
- c. Usuarios que acepten voluntariamente participar en el estudio de investigación.
- d. Usuarios que estén registrados en el tratamiento de fase I y II controlados en el programa de tuberculosis.

#### *3.3.2.2. Criterios exclusión:*

- a. Usuarios menores de 15 años.
- b. Usuarios que tengan limitaciones de comunicación.
- c. Usuarios que no acepten participar voluntariamente.

### **3.3. Hipótesis de la investigación**

#### **3.3.1. Hipótesis general**

**Ha:** Existe relación entre la percepción de la asistencia social y la calidad de vida de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis

**Ho:** No existe relación entre la percepción de la asistencia social y la calidad de vida de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

#### **3.3.2. Hipótesis específicas**

**Ha:** Existe relación entre calidad de vida y la percepción del apoyo social en la dimensión apoyo emocional.

**Ho:** No existe relación entre calidad de vida y la percepción del apoyo social en la dimensión apoyo emocional.

**Ha:** Existe relación entre calidad de vida y la percepción del apoyo social en la dimensión ayuda material.

**Ho:** No existe relación entre calidad de vida y la percepción del apoyo social en la dimensión ayuda material.

**Ha:** Existe relación entre calidad de vida y la percepción del apoyo social en la dimensión relaciones sociales de ocio y distracción.

**Ho:** No existe relación entre calidad de vida y la percepción del apoyo social en la dimensión relaciones sociales de ocio y distracción.

**Ho:** No existe relación entre calidad de vida y la percepción del apoyo social en la dimensión apoyo afectivo.

### **3.4. Identificación de las variables**

#### **Variable 1: Calidad de vida**

La calidad de vida en concerniente con la salud (CVRS) es la estimación que se realiza a una persona, de acuerdo con su estado físico, emocional y a sus necesidades que requiera.

#### **Variable 2: Apoyo social**

Se define como un intercambio entre dos o más individuos del entorno social, con el objetivo de desarrollar el bienestar de la persona enferma.

### 3.5. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Calidad de vida	La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la evaluación que realiza una persona, de conforme con sus propios punto de vista del estado físico, emocional (Caiza, 2015)	Es la apreciación del paciente con tuberculosis acerca del grado de bienestar físico, rol físico, energía, función social, rol emocional y salud mental.	Función física (FF)	1. Esfuerzos fuertes, tales como correr, levantar objetos pesados, o colaborar en deportes agotadores	Muy bueno Bueno Regular Malo
				2. Esfuerzos módico, como mover una objeto livianos, pasar la aspiradora, jugar con los bolos o andar más de 1 hora	
				3. Coger o llevar la bolsa de compras	Sí, me limita bastante (1)
				4. Subir varios pisos por la escalera	Sí, me limita un poco (2)
				5. Subir un solo piso por la escalera	No, me limita nada (3)
				6. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	

				7.Caminar un kilómetro o más	
				8.Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	
				9.Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	
				10.Bañarse o vestirse por sí mismo	
			Rol físico (RF)	1. ¿Tuvo que disminuir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	Sí (1) NO (2)
				2. ¿Hizo poco de lo que hubieras querido hacer?	
				3. ¿Tuvo que desistir de hacer ciertas tareas en su trabajo o en sus acciones diarias?	

				4. ¿Tuvo inconveniente para hacer su tarea o sus actividades diarias (por ejemplo, le costó más de lo usual)?	
			Rol emocional (RE)	1. ¿Tuvo que disminuir el tiempo dedicado a la tarea o a sus actividades diarias, por alguna dificultad emocional?	SÍ (1) NO (2)
				2. ¿Hizo poco de lo que hubieras querido hacer, por algún dificultad emocional?	
				3. ¿No hizo su trabajo o sus actividades diarias tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	
				1. ¿Hasta qué punto su	Nada (1)

			Función social (FS)	salud física o los obstáculos emocionales han obstaculizado sus actividades sociales usuales con la familia, los amigos, los residentes u otros individuos?	Un poco (2) Regular (3) Bastante (4) Mucho (5)
				2. ¿Hasta qué punto la dolencia le ha obstaculizado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	
			Salud mental (SM)	1. ¿Estuvo muy nervioso?	Siempre (1) Casi siempre (2)
				2. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	Muchas veces (3) Algunas veces (4) Solo 1 vez (5)
				3. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	Nunca (6)
				4. ¿Se sintió feliz?	

				5. ¿Se sintió desanimado y triste?	
			Salud general (SG)	1. En general, usted indicaría que su salud es	Excelente (5) Muy buena (4) Buena (3) Regular (2) Mala (1)
				2. ¿Cómo indicaría que es su salud vigente, cotejada con la de hace un año?	Una mejora alta ahora que hace un año (5) Algo mejor ahora que hace un año (4) Casi igual que hace un año (3) Algo peor ahora que hace un año (2) Mucho peor ahora que hace un año (1)
				3. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras	Totalmente cierta (5) Bastante cierta (4) No lo sé (3)
				4. Estoy tan sano como cualquiera	Bastante falsa (2)

				5. Mi salud es excelente	
			Dolor corporal (D)	1. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo	No, ninguno (1) Sí, muy poco (2) Sí, un poco (3) Sí, moderado (4) Sí, mucho (5) Sí, muchísimo (6)
				2. ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales	Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo 1 vez (5) Nunca (6)
			Vitalidad (V)	1. ¿Se sintió lleno de energía y vida?	Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo 1 vez (5)
				2. ¿Se sintió agotado?	Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo 1 vez (5)
				3. ¿Se sintió cansado?	Sólo 1 vez (5)



				4. ¿Tuvo mucha energía?	Nunca (6)
			Percepción de transición de salud	1. Creo que mi salud va a empeorar	Totalmente cierta (5) Bastante cierta (4) No lo sé (3) Bastante falsa (2) Totalmente falsa (1)
Apoyo Social	Se define como un intercambio entre dos o más individuos del entorno social, con el objetivo de incrementar el bienestar de la persona enferma.	Es la asistencia de la familia y la comunidad que recibe el paciente con tuberculosis, respecto al apoyo emocional, relaciones sociales u apoyo afectivo. Para medir esta variable, se utilizará la siguiente escala. <ul style="list-style-type: none"><li>• Muy bueno</li><li>• Bueno</li><li>• Regular</li><li>• Malo</li></ul>	Apoyo emocional	3. Tiene alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	Siempre (5) La mayoría de veces (4) Pocas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1)
				4. Tiene alguien que le guía cuando tiene problemas.	
				8. Tiene alguna persona que le comunique y le ayude a comprender una situación.	
				9. Hay alguien en quien tenga fe o con quien hablar	

				de sí mismo y sus preocupaciones.	
				13. Hay alguien cuyo consejo realmente desee.	
				16. Hay alguien con quien compartir sus y problemas más íntimos.	
				17. Hay alguien que lo aconseja como resolver sus problemas.	
				19. Hay alguien quien comprenda sus problemas.	
			Apoyo material	2. Hay alguna persona que le apoya cuando tenga que estar en la cama	Siempre (5) La mayoría de veces (4) Pocas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1)
				5. Tiene alguna persona que le traslade al médico	

				cuando lo requiere.	
				12. Hay alguna persona que le prepare el alimento si no puede hacerlo.	
				15. Hay alguna persona que le apoye en sus labores domésticas si está enfermo (a).	
			Relaciones sociales de ocio y distracción	7. Tiene alguien con quien pasar un buen rato.	Siempre (5) La mayoría de veces (4) Pocas veces (3) Algunas veces (2) Nunca (1)
				11. Hay alguien con quien pueda relajarse.	
				14. Hay alguien con quien hacer cosas que le sirva para olvidar sus problemas.	
				18. Hay alguien con quien divertirse.	
			Afectivo	6. Tiene alguien que le	Siempre (5)

				muestre amor y afecto.	La mayoría de veces (4)
				10. Hay alguien que le abraza.	Pocas veces (3)
				20. Hay alguien a quien amar y hacerle sentir querido	Algunas veces (2) Nunca (1)

### 3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Son dos instrumentos que se empleó, consolidado en un solo documento, los cuales se describen a continuación:

#### 3.6.1. Variable Calidad de vida: Cuestionario de salud SF-36 Health Survey

Este instrumento mide la calidad de vida (CVRS), en la versión Española de SF-36 Health Survey 1996, 2000 adaptada por Alonso & Cols (2003).

El SF-36 Health Survey es un cuestionario de salud elaborada con 36 preguntas; pretende medir nueve conceptos genéricos sobre la salud, los cuales no son específicos de una enfermedad, grupo en tratamiento o edad determinado. Este instrumento fue adaptado y validado, en Perú, por Ganoza (2018), en su investigación titulada Calidad de vida de la persona delicado con tuberculosis en un centro de salud, 2017, teniendo como resultado un una prueba binomial de 0,24, lo cual nos dice que existe una excelente concordancia entre los jueces expertos. Para la confiabilidad estadística se aplicó la

prueba Alfa de Cronbach teniendo como resultado 0,90, lo cual nos indica que es confiable estadísticamente. Para fines de la investigación, el instrumento utilizado se aplicó a una muestra piloto con características parecidas a la muestra de estudio teniendo como resultado un Alfa de Cronbach 0,64, se puede observar que el valor no es muy alto, pero tomando como evidencia la investigación anterior se determina que el cuestionario es confiable.

Dicho cuestionario consta de 36 preguntas que estiman estados positivos y negativos de la salud de las personas enfermas. Este formulario tiene 8 escalas o magnitud que son empleados para evaluar la enfermedad, salud y procedimiento. Estas jerarquías son: como Función física, Dolor corporal, Rol físico, Salud general, Vitalidad, Función Social, Rol emocional y Salud mental.

### **3.6.2. Variable Apoyo social: Cuestionario MOS (Medical Outcomes Study) de apoyo social en Atención Primaria**

Mide el nivel de asistencia de la familia en la atención. Fue desarrollado por Sherbourne (1991) del grupo de MOSS-SSS, the Medical Outcomes Study Support Survey.

El Cuestionario MOSS está conformado por 20 ítems. La primera pregunta se refiere al tamaño de la red social (no tiene puntaje numérico sino cualitativo) y 19 ítems respectivos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional. El cuestionario está conformado por 20 preguntas, este cuestionario fue validado, en Perú, por Baca (2016), en la investigación titulada Confiabilidad y validez de dicho cuestionario de apoyo social

en pacientes con cáncer en la ciudad de Trujillo, teniendo como resultado un Alfa de Cronbach de 0,91, lo cual nos indica que es confiable estadísticamente. Para fines de la investigación, el instrumento se aplicó a una muestra piloto con similares características a la muestra de estudio teniendo como resultado un Alfa de Cronbach 0,92. Se determina que el cuestionario es confiable.

### **3.7. Método de recolección de datos**

Se solicitó la autorización respectiva de la institución, presentando el proyecto de investigación al director del hospital y a la oficina de investigación y docencia del Hospital de Huaycán, por medio de una carta que fue facilitada a través de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

Con la autorización respectiva, se procedió a la aplicación del instrumento por la propia investigadora a los pacientes que llegaron para recibir sus respectivos medicamentos. Se aplicó dos instrumentos, consolidado en un solo documento, los cuales son:

- a. Cuestionario de Salud SF-36 (The Short-FORM-36 Health Survey)
- b. Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido

### **3.8. Procesos y análisis de datos**

Una vez obtenidas recolectadas las encuestas, con la información brindada, se traspasó para su respectivo análisis de estudio al repositorio de datos del Software estadístico. Se utilizó el software estadístico SPSS (versión 23) con el propósito de

arreglar los datos en una base de datos, a fin de realizar el procesamiento estadístico de los mismos.

Se creó una fuente de datos en donde se digitó todas las respuestas del instrumento, se hizo un análisis donde se agruparon las opciones de los pacientes para cada uno de las preguntas formuladas de los instrumentos, seguidamente se hizo un afianzado de cada respuesta para que de esta forma establecer la calidad de vida y la percepción de asistencia social de pacientes con TBC.

### **3.9. Consideraciones éticas**

Para la ejecución del presente estudio de investigación, se solicitó la autorización al médico Jefe del Hospital de “Huaycán” para ejecutar dicho estudio, recibiendo la autorización por escrito; así mismo, a la oficina de Investigación y Docencia del Hospital de Huaycán.

Participaron todos aquellos pacientes que, luego de informarles los objetivos de la investigación, decidieron ser participantes de dicha investigación. Se consideraron los principios éticos aceptando la participación voluntaria de los pacientes del programa de Tuberculosis. Los datos recolectados se reservaron solo con fines académicos, asegurando su privacidad, por lo que, no deberá ser reproducida total ni parcialmente.

## Capítulo IV

### 4. Resultados y discusión

#### 4.1. Resultados

*Tabla 6. Calidad de vida de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018*

Calidad de vida	n	%
Bueno	40	35,7
Regular	58	51,8
Malo	14	12,5
Total	112	100,0

En la tabla 1 se muestra que, del 100% de los usuarios encuestados, el 51,8% presentó una calidad de vida regular, el 35,7% bueno y solo el 12,5% malo.



*Tabla 7. Nivel de apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018*

Apoyo social	n	%
Excelente	26	23,2
Bueno	38	33,9
Regular	36	32,1
Malo	8	7,1
Deficiente	4	3,6
Total	112	100,0

En la tabla 2 se revela que, del 100% de los encuestados, el 33,9% presentó un nivel de apoyo social bueno, el 32,1% regular, el 23,2% excelente, el 7,1% malo y solo el 3,6% deficiente.

*Tabla 8. Relación entre la calidad de vida y el apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018*

Calidad de vida		Apoyo social					Total
		Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente	
Malo	n	2	0	10	2	0	14
	%	1,8%	0,0%	8,9%	1,8%	0,0%	12,5%
Regular	n	0	6	18	22	12	58
	%	0,0%	5,4%	16,1%	19,6%	10,7%	51,8%
Bueno	n	2	2	8	14	14	40
	%	1,8%	1,8%	7,1%	12,5%	12,5%	35,7%
Total	n	4	8	36	38	26	112
	%	3,6%	7,1%	32,1%	33,9%	23,2%	100%

Tau b Kendall = 0,259 ; Sig = 0,001

En la tabla 3 se evidencia que, del 100% de los pacientes encuestados, el 19,6% que presentó una calidad de vida regular evidenció un apoyo social bueno; sin embargo, el 1,8% con una calidad de vida de mala indicó un apoyo social deficiente. Asimismo, a partir de la prueba estadística Tau b Kendall para variables ordinales, se encontró un coeficiente de correlación de 0,259 y un p-valor de 0,001, al ser menor a 0,05, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, demostrando que está la relación en medio de la calidad de vida y la asistencia social en los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán.

*Tabla 9. Relación entre la calidad de vida y la dimensión emocional de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018*

Calidad de vida		Apoyo emocional				Total
		Malo	Regular	Bueno	Excelente	
Malo	n	10	2	0	2	14
	%	8,9%	1,8%	0,0%	1,8%	12,5%
Regular	n	14	8	8	28	58
	%	12,5%	7,1%	7,1%	25,0%	51,8%
Bueno	n	6	10	8	16	40
	%	5,4%	8,9%	7,1%	14,3%	35,7%
Total	n	30	20	16	46	112
	%	26,8%	17,9%	14,3%	41,1%	100%

Tau b Kendall = 0,173 ; Sig = 0,043

En la tabla 4 se muestra que, del 100% de los usuarios encuestados, el 25% que presentó una calidad de vida regular evidenció un apoyo emocional excelente; sin embargo, el 8,9% con una calidad de vida de mala indicó un apoyo social malo. Asimismo, a partir de la prueba estadística Tau b Kendall para variables ordinales, se encontró un coeficiente de correlación de 0,173 y un p-valor de 0,043; al ser menor a 0,05, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, demostrando que está la relación entre la calidad de vida, así como el apoyo emocional en los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán.

*Tabla 10. Relación entre la calidad de vida y la dimensión material de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018*

Calidad de vida		Ayuda material					Total
		Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente	
Malo	n	2	0	10	0	2	14
	%	1,8%	0,0%	8,9%	0,0%	1,8%	12,5%
Regular	n	2	8	14	16	18	58
	%	1,8%	7,1%	12,5%	14,3%	16,1%	51,8%
Bueno	n	2	2	16	8	12	40
	%	1,8%	1,8%	14,3%	7,1%	10,7%	35,7%
Total	n	6	10	40	24	32	112
	%	5,4%	8,9%	35,7%	21,4%	28,6%	100%

Tau b Kendall = 0,095 ; Sig = 0,239

Se revela en la tabla 5 que, del 100% de los pacientes encuestados, el 16,1% que presentó una calidad de vida regular evidenció una ayuda material excelente; sin embargo, el 1,8% con una calidad de vida de mala indicó una ayuda material deficiente. Asimismo, a partir de la prueba estadística Tau b Kendall para variables ordinales, se encontró un coeficiente de correlación de 0,095 y un p-valor de 0,239; al ser superior a 0,05, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna, demostrando donde no existe relación entre la calidad de vida y la ayuda material en los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán.

*Tabla 6. Relación entre la calidad de vida y la dimensión relaciones sociales de distracción y ocio de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018*

Calidad de vida		Relaciones sociales de distracción y ocio					Total
		Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente	
Malo	n	2	0	2	10	0	14
	%	1,8%	0,0%	1,8%	8,9%	0,0%	12,5%
Regular	n	0	8	16	14	20	58
	%	0,0%	7,1%	14,3%	12,5%	17,9%	51,8%
Bueno	n	4	6	8	8	14	40
	%	3,6%	5,4%	7,1%	7,1%	12,5%	35,7%
Total	n	6	14	26	32	34	112
	%	5,4%	12,5%	23,2%	28,6%	30,4%	100%

Tau b Kendall = 0,002 ; Sig = 0,981

Se revela, en la tabla 6 que, del 100% de los usuarios encuestados, el 17,9% que presentó una calidad de vida regular evidenció relaciones sociales de distracción y ocio excelente; sin embargo, el 1,8% con una calidad de vida de mala indicó un apoyo social deficiente. Asimismo, a partir de la prueba estadística Tau b Kendall, para variables ordinales, se encontró un coeficiente de correlación de 0,002 y un p-valor de 0,981, al ser mayor a 0,05; por esta razón, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula, demostrando ya que no existe conexión entre la calidad de vida y las relaciones sociales de distracción y ocio en los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán.

*Tabla 7. Relación entre la calidad de vida y la dimensión apoyo afectivo de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán, 2018*

Calidad de vida		Apoyo afectivo					Total
		Deficiente	Malo	Regular	Bueno	Excelente	
Malo	n	2	0	2	2	8	14
	%	1,8%	0,0%	1,8%	1,8%	7,1%	12,5%
Regular	n	0	2	14	14	28	58
	%	0,0%	1,8%	12,5%	12,5%	25,0%	51,8%
Bueno	n	2	0	0	4	34	40
	%	1,8%	0,0%	0,0%	3,6%	30,4%	35,7%
Total	n	4	2	16	20	70	112
	%	3,6%	1,8%	14,3%	17,9%	62,5%	100%

Tau b Kendall = 0,279; Sig = 0,001

En la tabla 7 se muestra que, del 100% de los pacientes encuestados, el 25% que presentó una calidad de vida regular evidenció un apoyo afectivo excelente; sin embargo, el 1,8% con una calidad de vida de mala indicó un apoyo efectivo deficiente. Asimismo, a partir de la prueba estadística Tau b Kendall para variables ordinales, se encontró un coeficiente de correlación de 0,279 y un p-valor de 0,001; al ser menor a 0,05, afirmamos que se rechaza la hipótesis nula y por esta razón se acepta la alterna, demostrando que existe conexión entre la calidad de vida y la ayuda afectivo en los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis del Hospital de Huaycán.

## 4.2. Discusión

Para la OMS (2015), la tuberculosis es una enfermedad altamente infecciosa que suele afectar a los pulmones y otros órganos de cuerpo es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Por su parte, Moran & Lazo (2001) indican que la tuberculosis es una infección causada mediante *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. Esta bacteria se determina por un período de latencia prolongado entre la infección inicial y las manifestaciones clínicas en el que predomina la neumopatía (aunque también puede afectar a otros órganos) y una respuesta granulomatosa con inflamación y lesión de los tejidos. Esta enfermedad puede perjudicar no solo a la persona enferma sino también a toda la familia, incluso a la comunidad; en tal sentido, es de suma importancia la calidad de vida y el apoyo social que pueda recibir el individuo que pueda presentar esta patología.

Caiza (2015) menciona el grado de satisfacción, emocional, vida familiar y social, que tiene una persona con su estado emocional es referenciado por la calidad de vida y el significado que le proporciona a su vida, entre otros. Por su parte, Espinoza & Olivera (2012) afirman que el apoyo social es una permuta entre, por lo menos, dos sujetos, con el propósito de aumentar el bienestar del paciente. El apoyo social es de mucha importancia para las personas que padecen de tuberculosis, ya que se ve afectado la calidad de vida disminuyendo la capacidad del individuo para satisfacer sus propias necesidades en el concepto funcional, social y afectivo. Ante esta problemática situacional, se realizó el presente estudio que con el principal objetivo de reconocer la

relación entre calidad de vida y la percepción de asistencia social en el Hospital de Huaycán 2018, de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

Al analizar los resultados de la investigación y teniendo como objetivo encontrar la relación en medio de las variables de calidad de vida y la percepción del apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de tuberculosis del Hospital de Huaycán, se estableció la percepción que existe en la relación entre la calidad de vida y la percepción de asistencia social de los usuarios del Programa Nacional de Tuberculosis. También, se puede hacer la descripción de los objetivos específicos descriptivos en los cuales se pueden observar los siguientes resultados; la calidad de vida es regular con el 51.8%, bueno 35.7% y malo 12%.

En tal sentido, podemos citar a Chira (2016), quien en su trabajo de investigación “Percepción del apoyo y calidad de vida en las personas con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval”, encontró en su resultados que la percepción total de calidad de vida fue regular al 44.4%, mala calidad de vida con el 32.75%, y buena calidad de vida 22.4%. Concluye que existe una alta relación entre la percepción de asistencia social y la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016. Se aprobó la hipótesis planteada por el investigador, si bien se puede observar que los valores son diferentes, pero se puede corroborar la misma posición en cuanto a la calidad de vida y el apoyo social. Por su parte, Loayza (2016), en su estudio realizado, en Perú, titulado “Percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en segunda etapa de tratamiento antituberculoso en el centro de salud El Agustino”, llegó al término del estudio, que la calidad de vida de los pacientes



con tratamiento antituberculoso fue buena. En relación a las dimensiones individualmente, la impresión de la salud general fue bajo, esto nos muestra que la calidad de vida puede ser diversa de acuerdo a los diferentes factores que se puedan presentar en la población.

En tal sentido, podemos citar a la OMS, que la calidad de vida es la impresión que tiene una persona en el contexto de la cultura y de los valores en los que habita o vive y en relación con sus perspectivas, así como sus conmociones. Se trata de una noción amplia que está predominado de modo complicado por la salud física del paciente, su estado psíquico, así como su nivel de libertad, sus relaciones sociales; del mismo modo, su relación con los elementos fundamentales de su entorno.

Los resultados de estudio, también, concuerda con Mendoza (2017) en su estudio de investigación “Apoyo Social percibido y Calidad de vida en pacientes con tuberculosis MDR del Centro Materno Infantil El Progreso, Carabayllo, 2018”, quien describe los siguientes resultados: con respecto del nivel de calidad de vida en los pacientes con tuberculosis MDR prueban que el 50% manifestó regular en calidad de vida, donde el 30% presentó una calidad regular y el 20% obtuvo como consecuencia mala calidad de vida.

En cuanto al Apoyo Social, se evidenció que predominan en los usuarios del Programa Nacional de Tuberculosis del Hospital de Huaycán es bueno (33.9%), regular (32.1%) y excelente (23.2%). Este hallazgo, concuerda con Espinoza & Olivera (2012) quienes realizaron el trabajo de investigación, en Chimbote, “Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con

tuberculosis del centro de salud El Progreso”. En sus resultados, en cuanto al apoyo social, fue adecuado con el 53.3% y moderadamente adecuado con el 33.3%. Estos autores afirman que el apoyo social es reciprocidad entre, por lo menos, dos sujetos, con el objetivo de ampliar el bienestar del paciente.

Por su parte, Quevedo, Sanchez, Villaba & Velasquez (2015) en su estudio, en Lima – Perú, “Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud”, muestran que encontraron los resultados siguientes: que un 81,8% de los pacientes que percibieron nivel alto de asistencia familiar y social mostraron culminación del tratamiento antituberculosos, mientras que un 36.4%, percibieron bajo nivel de asistencia familiar y social donde presentaron desempeño del tratamiento; por lo tanto, la diferencia acertada resultó estadísticamente significativa ( $p=0,034$ ), así mismo, un 59.6% de los pacientes efectúan con el procedimiento y un 40,4% de ningún modo cumple con el tratamiento indicado. En conclusión, fue que la asistencia familiar y social esto es refuerzo en la recuperación del paciente con tuberculosis; por lo tanto, el paciente se siente más confiado y motivado para así culminar con su tratamiento para recobrase rápido y reinsertarse a la sociedad.

## **Capítulo V**

### **5. Conclusión y recomendaciones**

#### **5.1. Conclusiones**

Existe relación entre la calidad de vida y la percepción de la asistencia social de los usuarios en el Hospital de Huaycán del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

Existe relación entre la calidad de vida y la percepción del apoyo social en la dimensión apoyo emocional de los usuarios en el Hospital de Huaycán del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

La relación entre la calidad de vida y la percepción no existe del apoyo social en la dimensión relaciones sociales de ocio y distracción de los usuarios en el Hospital de Huaycán del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

La relación entre la calidad de vida y la percepción no existe del apoyo social en la dimensión apoyo afectivo de los usuarios en el Hospital de Huaycán del Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

## **5.2. Recomendaciones**

Se debería aplicar a todas las personas que ingresan al Programa de Tuberculosis una encuesta para así medir la calidad de vida y el apoyo emocional para un mejor resultado del tratamiento de los pacientes.

Que, el Hospital de Huaycán, especialmente el servicio del programa Nacional de Tuberculosis, realice un estudio actualizado de los pacientes con tuberculosis e identificar el efecto entre la calidad de vida y la asistencia o apoyo social.

Elaborar programas de entrenamiento para los profesionales de Salud con la finalidad de mantener y fortalecer la calidad de vida en las personas con tuberculosis para mejorar su bienestar y su reinserción a la sociedad.

Sensibilizar al personal de salud encargado del programa Nacional de Tuberculosis sobre la importancia del apoyo psico-emocional.

Establecer un programa de evaluación integral del paciente a través de un equipo multidisciplinario, de esta manera, permita mejorar la calidad de vida, salud física y fortalecer la salud psicológica.

## 6. Referencia bibliográfica

Aristizábal, G., Blanco, D., Sanchez, A. & Ostigüín, R. (2011). *Una reflexión en torno a su comprensión de Nola Pender The model of health promotion proposed*. 8(4), 23. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003)

Aristizábal, P., García, D., Chamorro, D. & Vélez, C.(2013). *Asociación de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida con el sobrepeso y la obesidad en adolescentes entre 15 y 19 años de Manizales 2011: estudio de casos y controles*. 1–77. Recuperado de <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/handle/11182/572%5Cnhttp://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/572/1/1%29Tesis%28corregida%2Ccon%20cambios%20aceptados%29%5B1%5D-1.pdf>

Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista de Investigación En Psicología*, 19(1), 177. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/12452>

Caiza, F. (2015). *Valoración de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en tratamiento en la zona de salud nº9 distrito metropolitano de Quito durante los meses* (Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina; Vol. 5). Recuperado de

[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10431/TESIS\\_CVRSTBP.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10431/TESIS_CVRSTBP.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Chávez, S. (2013). "Relación entre el nivel de apoyo familiar en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 , atendidos en la consulta externa." *Revista Científica de Ciencias de La Salud*, 6, 7–14. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/326309858\\_Relacion\\_entre\\_el\\_nivel\\_de\\_apoyo\\_familiar\\_en\\_el\\_cuidado\\_y\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_de\\_los\\_pacientes\\_con\\_diabetes\\_mellitus\\_tipo\\_2\\_atendidos\\_en\\_la\\_consulta\\_externa\\_del\\_Hospital\\_Nacional\\_Guillermo\\_Almenara\\_Iri](https://www.researchgate.net/publication/326309858_Relacion_entre_el_nivel_de_apoyo_familiar_en_el_cuidado_y_la_calidad_de_vida_de_los_pacientes_con_diabetes_mellitus_tipo_2_atendidos_en_la_consulta_externa_del_Hospital_Nacional_Guillermo_Almenara_Iri)

Chira, F. (2016). *Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016*. (tesis de grado, Universidad Cesar Vallejo, Lima - Perú). Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/8791>

Cordoba, J. (2015). *Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015* (tesis de grado, Universidad Peruana Unión). Recuperado de [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/101/1/Jakelin\\_Tesis\\_bachiller\\_2015.pdf](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/101/1/Jakelin_Tesis_bachiller_2015.pdf)

Cruz, M. (2010). "*Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales*" (Tesis de grado, Universidad Nacional Mayor de San

Marcos, Lima Perú). Recuperado de

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/250/1/cruz\\_cm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/250/1/cruz_cm.pdf)

Davila, R. (2010). *Efecto de la implementación de una “ Red de Apoyo Social Adventista ” en la habilidad del cuidado de los familiares cuidadores de personas con enfermedad crónica del.* 61–70. Recuperado de

[http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc\\_salud/article/view/165/655](http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/165/655)

Moran, E., & Lazo, Y. (2001). Tuberculosis (*Facultad de Estomatología Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana*). 38(1), 33–51. Recuperado de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072001000100005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000100005)

Velarde, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Scielo*, 44(4), 349–361.

Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.05.031>

Espinoza, S., & Olivera, J. (2012). Nivel de autoestima, apoyo social y cumplimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso en el paciente con tuberculosis del centro de salud el progreso. Chimbote, (tesis de grado, Univesidad Nacional del Santa Chimbote - Perú). Recuperado de

<http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/1900/27202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Farga, V. (2008). *Tuberculosis, lo que hay que saber.* 317–322. Rcuperado de

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482008000400008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000400008)

Ganoza., K. (2018). “ *Calidad de vida de la persona afectada con tuberculosis en un*

*centro de salud . 2017 ”* (Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/9029/Ganoza\\_yk.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/9029/Ganoza_yk.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Gracia. E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ambitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 342. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n2/v38n2a07.pdf>

Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista Lucio., (2010). Metodología de la investigación. In *Metodología de la investigación*. recuperado de <https://doi.org/-> ISBN 978-92-75-32913-9

Alonso, J., & Cols. (2003). Cuestionario de Salud SF-36. *Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)*, 76. Recuperado de [http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36\\_CUESTIONARIOpdf.pdf](http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf)

Loayza, A. (2016). *Percepción de la calidad de vida en pacientes con tuberculosis pulmonar en segunda fase de tratamiento antituberculoso en el centro de salud El Agustino, noviembre - diciembre 2015*. (Universidad Ricardo Palma). Recuperado de [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/453/1/Loayza\\_I.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/453/1/Loayza_I.pdf)

Mendoza, M. (2017). Apoyo social percibido y calidad de vida en pacientes contuberculosis MDR del centro materno infantil el progreso. Carabayllo *Facultad*



*De Ciencias Médicas* (Universidad Cesar Vallejo). Recuperado de  
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8102/1/T-UCSG-PRE-MED-592.pdf>

Ministerio de salud pública. (2016). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis Guía de Práctica Clínica (GPC) 2016*. Recuperado de  
<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/OPS-libro-prevencion-tuberculosis.pdf>

MINSA. (2013). *Norma Técnica de Salud para La atención Integral de Personas Afectadas por Tuberculosis*. 1–128. recuperado de <https://doi.org/715-2013/MINSA>

Olaya, J., & Carrillo, M. (2014). Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Avances En Enfermería*, 32(2), 206–216. Recuperado de  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/43627/1/46099-223969-1-PB.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe Mundial sobre la Tuberculosis. *Organización Mundial de La Salud (OMS)*, 1. Recuperado de  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/tuberculosis-mortality/es/>

Oviedo, G. (2004). *La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría gestalt*. pp. 89–96. Recuperado de  
<http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a10.pdf>

Palomba, R. (2002). *Calidad de Vida : Conceptos y medidas Concepto de calidad de vida*. Recuperado de

[http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1\\_ppt.pdf](http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf).

Pérez, R., & Miranda, A. (2012). *Relación entre Nivel de Conocimientos sobre Tuberculosis Pulmonar y Actitud hacia el Tratamiento – Usuario Estrategia Sanitaria Control Tuberculosis - Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011* (Universidad Nacional de San Martín). Recuperado de [http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyector/archivo\\_44\\_PROYECTO DE TESIS 9.pdf](http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_44_PROYECTO DE TESIS 9.pdf)

Puga, C., & Caamal, Z. (2015). *Modelo de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau de enfermería, en el autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2. III(2), 71.* Recuperado de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=106993&id\\_seccion=5464&id\\_ejemplar=10411&id\\_revista=350](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=106993&id_seccion=5464&id_ejemplar=10411&id_revista=350)

Quevedo, R., Sanchez, R., Villaba, F., & Velásquez, D. (2015). Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud Relationship of family and social support in implementing the treatment of patients with pulmonary tuberculosis in health. *Revista Herediana*, 8(1), 16. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2536>

Quispe, L. (2011). *Percepción de los pacientes del Programa de Control de Tuberculosis acerca del cuidado que brinda el personal de enfermería en el centro de salud “ Carlos Protzel ”, Comas – Perú 2010* (Universidad Nacional de

San Marcos). Recuperado de

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1022/1/Quispe\\_fl.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1022/1/Quispe_fl.pdf)

Sacchi, M., Hausberg, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271–283. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n3/v3n3a05.pdf>

Organizacion mundial de la salud. (2016). *Mycobacterium tuberculosis* ,. 1. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-10-2015-tuberculosis-mortality-nearly-halved-since-1990>

Ministerio de Salud (2015). Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015. In *Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015* (Vol. 1). Recuperado de <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud : health-related quality of life : conceptual aspects*. (2), 9–21. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_abstract)

Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, (48), 53 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>

Vega, M. (2011). Percepcion del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos cronicos. *Aquichan*, 11(3), 286. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n3/v11n3a04>

Vinaccia, S., Quiceno, M., Fernández, H., Pérez, E., Sánchez, O., & Londoño, A.

(2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de Psicología*, 23(2), 245–252. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100011>

Yagui, M., Jave., Curisinche, M., Gutiérrez, C., & Romani, F. (2014). Agenda Nacional de Investigación en Tuberculosis en Perú , 2011 – 2014. *Revista Panama de Salud Publica*, 33(2), 158. Recuperado de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v33n2/11.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v33n2/11.pdf)

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**EP DE ENFERMERÍA**



- 1. Género:** a) Femenino      b) Masculino
- 2. Lugar de procedencia:** a) Costa                      b) Sierra          c) Selva
- 3. Edad:** a) 15-30 años    b) 31-40 años      c) 41-50 años      d) 51-60 años  
e) 61-85 a más
- 4. Situación laboral:** a) Contrato determinado      b) Contrato indefinido

- c) Negocio propio d) Sin ocupación
- 5. Ingreso económico:** a) Menos de s/.749    b) S/. 750 -1000    c) S/.1000-1500  
d) Mas de S/.1500
- 6. Grado de instrucción:** a) Primaria    b) Secundaria    c) Técnico d) Universitario  
e) Sin instrucción
- 7. Estado Civil:** a) Soltera (o)    b) Casado (a)    c) Viudo (a)  
d) Divorciado    e) Unión libre

### III.- CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Marque con un aspa solo una respuesta

- 1. En general, usted diría que su salud es:**
- a. Excelente
  - b. Muy buena
  - c. Buena
  - d. Regular
  - e. Mala
- 2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?**
- a. Mucho mejor ahora que hace un año
  - b. Algo mejor ahora que hace un año
  - c. Más o menos igual que hace un año
  - d. Algo peor ahora que hace un año
  - e. Mucho peor ahora que hace un año

**Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual, le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto? (marque un solo casillero por cada pregunta)**

N°	Actividad	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
----	-----------	---------------------	-----------------------	-----------------------

3	Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores			
4	Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora			
5	Coger o llevar la bolsa de compras			
6	Subir varios pisos por la escalera			
7	Subir un solo piso por la escalera			
8	Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas			
9	Caminar un kilómetro o más			
10	Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)			
11	Caminar una sola manzana (unos 100 metros)			
12	Bañarse o vestirse por sí mismo			

**Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa su salud física?**

Nº	Actividad	SI	NO
13	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?		
14	Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		
15	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
16	¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?		

**Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

N°	Actividad	SÍ	NO
17	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?		
18	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?		
19	¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?		

**Durante las 4 últimas semanas...**

N°	Actividad	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
20	¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales ¿han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?					
21	¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?					

**Durante las 4 últimas semanas...**

N°	Actividad	No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
22	Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo						

Las preguntas que siguen se refieren a ¿cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted ¿con qué frecuencia?



N°	Actividad	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo 1 vez	Nunca
23	¿Estuvo muy nervioso?						
24	¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
25	¿Se sintió calmado y tranquilo?						
26	¿Se sintió feliz?						
27	¿Se sintió desanimado y triste?						
28	¿Se sintió lleno de energía y vida?						
29	¿Se sintió agotado?						
30	¿Se sintió cansado?						
31	¿Tuvo mucha energía?						

**Durante las 4 últimas semanas...**

N°	Actividad	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
32	¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?					

**Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases**

N°	Actividad	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
33	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras					

34	Estoy tan sano como cualquiera					
35	Mi salud es excelente					
36	Creo que mi salud va a empeorar					

## Anexo 2 Cuestionarios sobre apoyo social

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Ud. dispone

N°	Ítems de evaluación	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2	Hay alguien que le ayuda cuando tenga que estar en la cama.					
3	Tiene alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
4	Tiene alguien que le aconseja cuando tiene problemas					
5	Tiene alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					

6	Tiene alguien que le muestre amor y afecto					
7	Tiene alguien con quien pasar un buen rato.					
8	Tiene alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
9	Hay alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10	Hay alguien que le abraze.					
11	Hay alguien con quien pueda relajarse.					
12	Hay alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13	Hay alguien cuyo consejo realmente desee.					
14	Hay alguien con quien hacer cosas que le sirva para olvidar sus problemas.					

15	Hay alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo (a).					
16	Hay alguien con quien compartir sus y problemas más íntimos.					
17	Hay alguien que lo aconseja como resolver sus problemas.					
18	Hay alguien con quien divertirse.					
19	Hay alguien quien comprenda sus problemas.					
20	Hay alguien a quien amar y hacerle sentir querido					

Muchas gracias por su tiempo.

### **Anexo 3 Consentimiento informado**

El presente trabajo de investigación está a cargo de Madeleyne Benavides Carranza Bachiller de la E.A.P Enfermería de la Universidad Peruana Unión, y cuenta con la autorización del Hospital de Huaycán. Tiene como propósito Identificar la relación entre calidad de vida y la percepción de apoyo social de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el Hospital de Huaycán”. La participación del grupo de estudio es estrictamente voluntaria. La información que nos será brindada es muy confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas para mantener el anonimato, y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio. No existe riesgos aparentes para usted al participar en este estudio.

Tiene derecho de hacer cualquier pregunta al respecto a la investigadora. Con su participación, usted contribuirá a incrementar el conocimiento acerca del tema en estudio.

#### **DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO**

YO \_\_\_\_\_

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por la investigadora, y quiero colaborar con este estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma

## Anexo 4 Tablas complementarias

**Tabla 11**

*Dimensiones de la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)*

DOMINIO	ENFERMAR Equipo de salud	PADECER Paciente Calidad de Vida	SOPORTAR Familia
Físico	Morbilidad Mortalidad	Funcionamiento percibido Dolor	Enfermedad Familiares por estrés
Mental	Signos y síntomas Neuro-psiquiátricos	Sentimiento Estado de ánimo	Sentimientos Preocupaciones de futuro
Social	Red social Funcionamiento en roles asignados	Soporte social Satisfacción con los roles o cambio de rol	Soporte social Satisfacción con los roles o cambio de rol
Salud general	Severidad de la enfermedad Nivel de salud	Salud percibida Necesidad de servicios sanitarios	Salud percibida Necesidad de servicios sanitarios

Versión española de SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2000

adaptada por (Alonso & Cols, 2003).

**Tabla 12***Dimensiones y significados de los resultados de la variable Calidad de Vida*

N°	Dimensiones	Descripción de las dimensiones	N° Ítems	Significado de los resultados	
				Baja puntuación	Alta puntuación
1	Función física (FF)	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a su salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo los más vigorosos, sin gran limitación.
2	Rol físico (RF)	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física
3	Rol Emocional (RE)	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo y en otras actividades diarias	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de sus problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales

4	Función social (FS)	Grado en que los problemas de salud física y/o emocional interfieren en la vida social habitual	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos y emocionales
5	Salud mental (SM)	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
6	Salud general (SG)	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar	5	La persona evalúa su salud como mala y cree que probablemente e empeorará	Evalúa su salud como buena o excelente
7	Dolor corporal (D)	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar	2	Dolor muy severo y altamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo
8	Vitalidad (V)	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
9	Cambio de transición de salud	Percepción del cambio de salud en el tiempo	1		



adaptada por (Alonso & Cols, 2003).

**Tabla 13**

*Dimensiones y niveles de puntuación de los ítems de la variable Apoyo Social*

Dimensión	Ítems	Niveles de puntuación		
		Máximo	Medio	Mínimo
Apoyo emocional (8)	3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19	32	16	8
Ayuda material (4)	2, 5, 12 y 15	16	8	4
Relaciones sociales de ocio y distracción (4)	7, 11, 14 y 18	16	8	4
Apoyo afectivo (3)	6, 10 y 20	16	8	4
Índice global de apoyo social	<b>Todos</b>	<b>80</b>	<b>40</b>	<b>20</b>

**Tabla 14**

*Estadística de fiabilidad de Calidad de Vida.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,643	36

Como el Alfa de Cronbach es 0.643; se concluye que el instrumento que mide la calidad de vida tiene mediana fiabilidad.

**Tabla 15***Análisis descriptivos de Dimensión Apoyo Emocional de Apoyo Social*

Nivel	n	%
Malo	30	26.8
Regular	20	17.9
Bueno	16	14.3
Excelente	46	41.1
Total	112	100.0

Tabla 16

*Análisis Descriptivos de Dimensión Ayuda Material de Apoyo Social*

Nivel	n	%
Deficiente	6	5.4
Malo	10	8.9
Regular	40	35.7
Bueno	24	21.4
Excelente	32	28.6
Total	112	100.0

Tabla 17

*Estadística de fiabilidad de Apoyo Social*

Alfa de Cronbach	n de elementos
,921	19

**Tabla 18**

*Análisis Descriptivos de Dimensión Relaciones sociales de ocio y distracción de Apoyo Social*

Nivel	n	%
Deficiente	6	5.4
Malo	14	12.5
Regular	26	23.2
Bueno	32	28.6
Excelente	34	30.4
Total	112	100.0

El 81.2% de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis en el hospital de Huaycan mencionan que el nivel de Relaciones sociales de ocio y distracción es de regular (23.2%), Bueno (28.6%) y excelente (30.4%).

**Tabla 19**

*Análisis Descriptivos de Dimensión Apoyo Efectivo de Apoyo Social*

Nivel	n	%
Deficiente	4	3.6
Malo	2	1.8
Regular	16	14.3
Bueno	20	17.9
Excelente	70	62.5
Total	112	100.0

El 94.7% de los usuarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis en el Hospital de Huaycán mencionan que el nivel de Apoyo efectivo es de regular (14.3%), Bueno (17.9%) y excelente (62.5%).

**Tabla 20***Prueba de normalidad para las variables calidad de vida y apoyo social*

<b>Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra</b>			
		Calidad de Vida	Apoyo Social
N		112	112
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	53,93	71,00
	Desviación estándar	13,093	15,888
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,087	,114
	Positivo	,073	,077
	Negativo	-,087	-,114
Estadístico de prueba		,087	,114
Sig. asintótica (bilateral)		,037 <sup>c</sup>	,001 <sup>c</sup>

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Comprobamos el nivel de significación, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, si es mayor que 0.05 los datos tienen una distribución normal. En este caso las variables no tienen una distribución normal (nivel de significación 0.001 y 0.037 para las variables calidad de vida y apoyo social, respectivamente). Por lo tanto, se realizaron pruebas no paramétricas.

